



ESTADO DE WASHINGTON
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD
 DIVISIÓN MANUTENCIÓN PARA NIÑOS (DCS)

DECLARACIÓN DE PAGOS DE MANUTENCIÓN
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

NOMBRE COMPLETO DEL PROGENITOR (MADRE/PADRE SIN TUTELA	NÚMERO DE CASO IV-D
--	---------------------

Anote la manutención que ha recibido del progenitor sin tutela nombrado arriba por cada mes de los Últimos diez años.

AÑO					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

AÑO					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

Declaro, bajo penalidad de perjurio, conforme las leyes de Washington, que lo antedicho es verídico y correcto

Firmado en _____ Washington.

FECHA	SU FIRMA
-------	----------